



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

Factores asociados al episodio depresivo en adultos de Lima-Metropolitana y Callao, 2002

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Psiquiatría

AUTOR

Lubeth Ursula Masías Arias

LIMA – PERÚ
2009

INDICE

	Página
1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCIÓN	3
3. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Marco Teórico	4
3.2. Justificación del estudio	8
3.3. Planteamiento del Problema	10
3.4. Objetivos	11
4. METODOLOGÍA	
4.1. Tipo y diseño de estudio	12
4.2. Población	12
4.3. Diseño de la Muestra	12
4.4. Definiciones Operacionales	13
4.5. Procedimiento y técnica	15
4.6. Instrumento	15
4.7. Consideraciones Éticas	15
4.8. Procesamiento y Análisis	15
5. RESULTADOS	16
6. DISCUSIÓN	19
7. CONCLUSIONES	21
8. RECOMENDACIONES	21
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	22

1. RESUMEN

Los objetivos de este trabajo son encontrar los factores asociados al episodio depresivo en los adultos de Lima- Metropolitana y Callao en el año 2002. Este estudio es descriptivo, correlacional, observacional, retrospectivo. Las variables del presente trabajo se han obtenido de la base de datos del Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental, efectuado en el año 2002 por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”.

Las variables de investigación utilizadas son la Prevalencia actual del episodio depresivo, los factores individuales y familiares del individuo. Dentro de los factores individuales tenemos la edad, sexo, lugar de nacimiento, lengua materna, estado civil, estabilidad laboral, ingreso mensual neto, nivel educativo, religión y entre los factores familiares tenemos el soporte familiar, la tensión por problemas personales y familiares y la cohesión familiar.

Se realizó análisis estadísticos bivariados y multivariados para lo cual se empleó el módulo de muestras complejas del programa estadístico SPSS Versión 13.0. Dentro de los resultados encontramos que el episodio depresivo esta significativamente asociado con el sexo (OR:3.5), edad (OR:3.1), nivel educativo(OR :3.0) y a las variables familiares tales como: soporte familiar(OR: 2.7), tensión por problemas personales y familiares(OR:4.1) y cohesión familiar(OR: 10.58).

De acuerdo con los resultados se concluye que el episodio depresivo esta asociado a las variables individuales y familiares en Lima Metropolitana y Callao lo cual coincide con los estudios revisados hechos en diferentes partes del mundo.

Palabras Clave: Episodio depresivo, factores asociados, factores individuales, factores familiares.

2. INTRODUCCIÓN

La depresión es una de las enfermedades mas frecuentes a nivel mundial, según la OMS es el principal problema de salud mental en la actualidad, siendo la quinta enfermedad que genera mas gastos en las mujeres y la séptima en el caso de los hombres¹; y si bien el costo en términos económicos es alto, el costo en términos de sufrimiento es incalculable. La depresión va a interferir con el funcionamiento cotidiano de la persona en los diversos ámbitos de su vida, causando dolor y sufrimiento no sólo a quienes la padecen, sino también a sus seres queridos.

La depresión puede destruir tanto la vida de la persona enferma como la de su familia. En estudios hechos en distintos lugares del mundo se muestra asociación estadísticamente significativa entre depresión y ser mujer, dedicarse a las labores del hogar, estar jubilado, ser soltero, separado, divorciado o viudo, tener bajo nivel educacional y tener bajos ingresos económicos²

Por lo mencionado y al no encontrar en nuestro país evidencia de estudios actuales que nos abran camino a un mayor conocimiento de nuestra, me parece importante investigar de que manera están relacionados los factores sociodemográficos a esta enfermedad , enfocándome en este caso en una región de nuestro país, sin embargo cabe mencionar que para este estudio he visto por conveniente agrupar a dichos factores como factores individuales y familiares los cuales se describirán con detalle en las próximas páginas.

3. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 MARCO TEORICO

En la actualidad en base a las diversas revisiones y hallazgos en las ciencias sociales se ha visto la relación inversa entre las relaciones de nivel socioeconómico y enfermedad mental, entonces si vemos a un individuo con una baja situación social o económica tenemos que éste va a estar en alto riesgo de tener una enfermedad mental³

El desarrollo de la psiquiatría biológica ha llevado a disminuir el rol de la condición social en la etiología de la enfermedad mental y la posibilidad de intervención o prevención temprana. Sin embargo, para otros la identificación de factores genéticos específicos es visto como una oportunidad para mejorar el entendimiento del rol particular del medio ambiente como un gatillo que predispone o agrava el curso de la enfermedad mental.

En cuanto a los hallazgos encontrados en los diferentes estudios que se han revisado tenemos:

El Estudio Epidemiológico de Salud Mental realizado en el Perú en el año 2002, se encuentra al episodio depresivo como el trastorno mental mas frecuente en Lima – Metropolitana con una prevalencia de vida, a 6 meses y actual de 18,2%, 9,5% y 6,6 % respectivamente⁴

Faris y Dunham(1939) encontraron tasas desproporcionadas de enfermedad mental en las partes más pobres de Chicago³.

Un estudio hecho en Carolina del Norte en personas que acuden a terapia familiar se observó que aproximadamente el 50% de ellas presentaban síntomas depresivos asociados a antecedentes de depresión, inadecuado soporte social y desempleo. La prevalencia de vida de depresión mayor en mujeres está entre el 10 – 23 % lo cual es dos veces mayor a la de los hombres⁵.

Un informe emitido por la OMS en 1996 referente a todas las mujeres del mundo mencionaba que, las mujeres casadas con descendencia tenían un riesgo mayor de depresión que las mujeres casadas sin hijos o las solteras¹. En Europa, se informó de que la depresión aumentó en los hombres y bajó en las mujeres entre 1980 y 1995 lo que parece coincidir con la incorporación de la mujer al mundo laboral.

En Chile, según la última Encuesta Nacional de Salud, una de las enfermedades destacables por su frecuencia y gravedad potencial es la depresión, ya que uno de cada cinco adultos declaró haber tenido síntomas depresivos alguna vez en su vida, y esta no hace distinciones de sexo, edad, clase social o nacionalidad.

En 1991 se llevó a cabo un estudio sobre la prevalencia de depresión y sus factores de riesgo en varones de 18 años con residencia en la ciudad de Buenos Aires, aprovechando el control del examen para el Servicio militar obligatorio, aquí se encontró una prevalencia de depresión grave del 4,5%; encontrándose relacionada con características de temperamento, una infancia triste, consumo de drogas por hermanos, antecedentes de depresión en la madre y conflictos familiares, siendo la posibilidad de suicidio 33 veces mayor a los no deprimidos.⁶

En Barranquilla - Colombia se realizó un estudio en adolescentes y adultos encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre depresión, edad, tabaquismo, sustancias psicoactivas, estado laboral, estrés, ansiedad, antecedentes personales de depresión, disfuncionalidad familiar y antecedentes personales de suicidio, mientras que al parecer el sexo y el consumo de alcohol no se encontraban asociados⁷.

En cuanto a la depresión se puede decir que existe una mayor o menor predisposición a padecer un trastorno depresivo ante desencadenantes de mayor o menor importancia y tanto estos se presentan de manera continua facilitando el desarrollo de la enfermedad. Se ha implicado circunstancias externas potencialmente productoras de estrés, acontecimientos vitales, que al recaer sobre un individuo que ya tiene una vulnerabilidad de base desencadenarían el inicio de la depresión.

Los acontecimientos vitales serían aquellos no deseados, no controlables inesperados y que suponen una amenaza o peligro importante para el sujeto (muerte del cónyuge o un familiar próximo, divorcio o separación, jubilación, pérdida de empleo, abandono del hogar por parte de algún miembro de la familia), así también se asocian a esto los problemas de salud física.

Otro estudio hecho en Colombia para ver la prevalencia de depresión y sus factores asociados arroja que los factores asociados a depresión fueron : ser mujer, tener dolores o discomfort, dificultades en las relaciones interpersonales , consumo de drogas e inestabilidad laboral, teniendo las mujeres 2 veces mas riesgo de presentar depresión⁸ , así también otros autores encuentran que la mujer tiene 1,19 mas riesgo de presentar depresión que los varones y que la función familiar buena es un factor protector para la depresión con respecto a la función familiar disfuncional⁹.

En cuanto a la relación entre depresión y discordia marital se realizó una revisión en Buenos aires, Argentina donde menciona Weissman (1987) al matrimonio mal avenido como uno de los factores mas firmes de riesgo en la depresión mayor, Beach y O` Leary, 1993 mencionan que las disfunciones matrimoniales son un riesgo de depresión, incrementando la vulnerabilidad de las personas a deprimirse o mantenerse deprimidas¹⁰. Sin embargo cabe resaltar que si bien esta disfunción puede ser precursora no necesariamente provoca el comienzo de la misma, ya que no podemos desestimar los factores genéticos.

Las experiencias adversas tempranas pueden resultar en una activación del eje Hipotálamo Pituitario Adrenal, causando sensibilización de la vía de la depresión en el cerebro¹¹.

En Pakistán, un estudio hecho asoció el riesgo de depresión con bajo estatus educacional, no tener un confidente, tener cuatro o más niños, iniciar la vejez, no tener esposo, y vivir en una casa donde más de tres personas comparten un cuarto. Este mismo estudio finalmente concluye que hay una estrecha relación

entre altos niveles de adversidad social y bajo nivel de educación con depresión en mujeres en Pakistán¹².

Warner, Johnson y Dohrenwend (2001) hacen un estudio a lo largo de 17 años y encuentran que la baja educación de los padres fue predictivo del riesgo de depresión para su generación³.

Se hizo un estudio de cohorte prospectivo de 7725 adultos en el Reino Unido donde Weich y Lewis (1998) encontró que la pobreza y el desempleo sirvieron para incrementar la duración de episodios depresivos pero no de su ocurrencia inicial³. Bjelland y Krokstad (2008) en un estudio realizado en estos países encuentran que el alto nivel educacional es un factor protector para la depresión¹³.

En Alemania un estudio evidenció que había asociación entre depresión y distress psicológico en la niñez³. Berkman, Vaccarino y Seeman (1993), sugieren que el acceso al soporte social es crítico para mantener la salud mental

El pobre soporte social en épocas tempranas de la vida aumenta el riesgo de enfermarse. Los eventos significativos y condiciones que aparecen en un momento del curso de la vida parecen jugar un rol importante en los eventos de los siguientes años¹⁴.

Estudios hechos en los EE.UU. describen en cuanto al efecto del soporte social temprano (gestos, actos de cariño, aceptación y asistencia del padre hacia el hijo), se ha visto que si esto no se presenta el niño desarrollará patrones largos de retiro y evitación con otros (Bowlby 1980)¹⁴. En el estudio antes mencionado encuentran que el temprano apoyo parental esta inversamente asociado a síntomas depresivos, lo que quiere decir que los adultos que no recibieron un adecuado soporte parental tienen un riesgo elevado de presentar síntomas depresivos en la adultez¹⁴.

Se menciona como causas de depresión la ausencia de comprensión y de comunicación en el hogar, en el caso específico de las mujeres casadas o convivientes se menciona la infidelidad del marido, el poco compromiso que

tiene este con su familia incluso en términos económicos y la separación o divorcio. También se percibe que las mujeres casadas o convivientes jóvenes se deprimen frecuentemente debido a la poca responsabilidad que muestran sus maridos en sus hogares¹⁵.

3.2 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

Cada año más de 19 millones de adultos americanos experimentan depresión clínica. En Sudamérica, en Chile la Sociedad Chilena de Salud Mental menciona que cerca del 7,5% de la población general y 30 % de la población que acude a consultorios de atención primaria sufre de este mal, aún más, estadísticas de la OMS señalan que Santiago de Chile encabeza las capitales con más alto número de depresión¹.

En cuanto a estudios hechos en el Perú, tenemos el estudio hecho por Sogi¹⁶ y colaboradores en el distrito de Independencia en Lima donde se encontró un 9,1% de prevalencia de depresión en esta población, siendo mayor en mujeres (12,4%) que en varones (6,1%) así también encontró que los casos de depresión menos severa (con síntomas pero sin trastorno específico) llega a un 32,6%, sin embargo no son reportados ni en las estadísticas ni tampoco en los servicios de salud mental a pesar de su repercusión en el funcionamiento ocupacional y social de la persona

Entonces vemos que una de cada tres personas mayores de 18 años de edad presentan este deterioro por lo cual esto constituye un gran problema de salud pública sobre el cual los servicios de salud deben dirigir su atención pero que hasta la actualidad no se toma en cuenta. Por otra parte en cuanto a las poblaciones, vemos que a pesar de ser la depresión un problema de gran importancia en la salud mundial, muchas de ellas no reconocen a la depresión como un problema, así en el estudio hecho por Perales, Montoya y Sogi en 1995, sólo el 1,6% de la población evaluada del distrito de Independencia reconocía esto como un problema de salud mental¹⁵.

Muchas veces también en la atención primaria vemos pacientes que si bien no cumplen criterios de depresión mayor si presentan síntomas depresivos asociados

muchas veces a síntomas somáticos principal razón que los lleva a la consulta. Encuestas hechas en estos servicios muestran que la presencia de síntomas depresivos sin diagnóstico oscila entre el 5.7% - 11,2%¹⁵.

Estudios de la Universidad de Concepción de Chile revelan que el 9% de la población va a presentar depresión mayor a lo largo de su vida¹⁷.

Estudios longitudinales han evidenciado que depresiones de inicio temprano aparecen en descendientes de padres o abuelos con depresión llegando a tener un riesgo de hasta tres veces mas¹⁸.

La depresión es un problema muy serio de la salud mental, por su frecuencia y por los costos que genera en la sociedad.

Para el año 2000¹:

- EL 4,4% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en todas las edades y en ambos sexos le corresponderían a la depresión
- El 5,8% de los hombres y 9,5% de las mujeres podrían experimentar un episodio depresivo en un periodo de 12 meses

Para el año 2020 este trastorno podría ser la segunda causa de morbilidad en el mundo y mantenerse como causa principal de Años Perdidos por Discapacidad, con valores superiores a los mencionados, sobre todo en mujeres¹

Por todo lo mencionado anteriormente es necesario realizar estudios como este, que investiguen que factores están asociados a la presencia del episodio depresivo, pues el conocerlos va a ayudar a los profesionales de la salud a crear programas de prevención y promoción para poder progresivamente disminuir la tasa de prevalencia de esta enfermedad, ya que en la actualidad acarrea mucho deterioro en las actividades familiares y laborales de las personas afectadas y como consecuencia a otro nivel trae una disminución del avance socio económico de los diferentes países y del mundo ya descrito en el anterior párrafo.

Finalmente este estudio nos va a servir para conocer dichos factores y a su vez aprovechar para corroborar si estos coinciden con estudios hechos en distintas

partes del mundo, con lo cual podemos tener una visión mas amplia acerca de que aún en nuestro país como país en vías de desarrollo o en otros países calificados como desarrollados, aún no se ha mejorado la calidad de vida que afecta no solo a la población adulta sino también a la población infantil y anciana.

3.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según antecedentes de la Organización Mundial de la Salud, 121 millones de personas padecen de Depresión en la actualidad, los desordenes depresivos en el mundo pueden ser la causa más común de discapacidad en mujeres hacia el año 2020. Así mismo se sabe que la depresión es la quinta enfermedad que genera más gasto en las mujeres y la séptima en el caso de los hombres, afectando así al desarrollo del individuo y de la sociedad¹

La enfermedad depresiva es el problema mas común en los Estados Unidos¹⁹, 19 millones de estadounidenses adultos (es decir, el 9,5 por ciento) de 18 años de edad o mayores padecen alguna enfermedad depresiva cada año (depresión grave, trastorno bipolar o distimia)¹⁶, apareciendo la depresión a cualquier edad pero por lo general se presenta alrededor de los 25 años, teniendo las mujeres casi el doble de posibilidades de sufrir esta enfermedad cuyo pico de presentación es durante la edad reproductiva¹⁹

En base a estos datos y a la alta prevalencia de depresión en los distintos lugares del mundo, algunos estudios concluyen que parte de las causas de ello es la marcada adversidad social por la que pasamos en la actualidad. En las diferentes ciudades casi siempre se ve el factor género que apunta hacia la mujer como más predispuesta a la depresión, mencionan también como un factor asociado a la depresión el deterioro de las relaciones conyugales¹⁰. Entre otros factores asociados se encuentra que otras dificultades sociales como el bajo nivel de educación, tener mas de cuatro hijos, pérdida de un cómplice o de la madre¹². Así se menciona que eventos significativos durante la niñez como inadecuadas relaciones con los padres también aumentan el riesgo de depresión¹⁴, finalmente problemas de pareja como la disfunción marital ayudan a desencadenar y mantener la depresión¹⁰.

Debido a que la depresión no solo afecta el estado emocional, sino que también acarrea como consecuencia pérdidas económicas, nos interesa detectar los posibles factores individuales y familiares que se asocian a la presencia de episodios depresivos, teniendo como base hallazgos encontrados en estudios hechos en diferentes partes del mundo ya que este trastorno influye notablemente en el desenvolvimiento del individuo a nivel familiar y laboral.

Cecilia Sogi en 1997 realiza un estudio en el distrito de Independencia en Lima “Aportes de la epidemiología a la nosología de la depresión” destacando como la presencia de síntomas depresivos impacta negativamente en la población y constituye un problema de salud pública quizás mas serio que el causado por trastornos depresivos específicos., impactando sobre el funcionamiento y bienestar de los sujetos afectados¹⁶.

Por lo antes mencionado, es nuestro interés que en un futuro se pueda intervenir tempranamente en los factores que se asocian a la presentación de estos síntomas depresivos y así evitar las consecuencias que acarrea dicho trastorno.

3.4 OBJETIVOS

Generales:

- Determinar los factores asociados a la presencia del episodio depresivo en los adultos de Lima- Metropolitana y Callao en el año 2002.

Específicos:

- Determinar los factores individuales asociados a la presencia del episodio depresivo en los adultos de Lima- Metropolitana y Callao-2002
- Determinar los factores familiares asociados a la presencia del episodio depresivo en los adultos de Lima- Metropolitana y Callao-2002

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Este trabajo de investigación, es un estudio descriptivo, correlacional, observacional, retrospectivo. Las variables del presente trabajo se han obtenido de la base de datos del Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental, efectuado en el año 2002 por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”.

El estudio Epidemiológico Metropolitano tuvo como uno de sus objetivos centrales identificar los principales problemas de salud mental de la población de Lima y Callao. Encontró al episodio depresivo como al trastorno clínico más prevalente en los adultos, adolescentes y en los adultos mayores. En el presente trabajo se identificaran los factores de riesgo asociados al episodio depresivo en los adultos encuestados.

4.2 POBLACIÓN

Criterios de inclusión

Comprende la población de individuos mayores de 18 años, sin límite mayor de edad, con capacidad de leer el español perfectamente, que residen permanente o habitualmente en las viviendas particulares del área urbana de Lima Metropolitana y el Callao en el 2002⁴.

Criterios de exclusión

Problemas que impidan la comunicación. En caso de existir problemas mentales moderados o severos que impidan la comunicación directa con la persona, se procedió a una entrevista indirecta con el jefe del hogar si esto era posible⁴.

4.3 DISEÑO DE LA MUESTRA

Marco muestral

El marco muestral esta basado en la información del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) elaborado sobre la base del pre-censo de 1999 y el material cartográfico respectivo actualizado⁴.

Tamaño de la muestra

Para la determinación del tamaño de la muestra se considera los siguientes parámetros⁴:

- Prevalencia de problemas de salud mental: 25% en todos los grupos de estudio, de acuerdo a experiencias encontradas en otros estudios.
- Error relativo: Se han considerado alternativamente 5% y 10% en torno del valor esperado del parámetro de prevalencia, para tener dos valores extremos.
- Nivel de confianza: 95%.
- El tamaño de muestra final fue de 2067 personas.

Método de selección

La muestra se obtuvo en tres etapas:

En la primera etapa se consideraron conglomerados de seis viviendas por manzana, en la segunda se eligieron viviendas dentro de los conglomerados seleccionados y finalmente en la tercera etapa se seleccionó aleatoriamente un adulto dentro de la vivienda seleccionada⁴.

4.4 DEFINICIONES OPERACIONALES

Variables de Investigación:

Prevalencia actual del Episodio Depresivo: se refiere a las personas que presentaron síntomas depresivos durante la encuesta o dentro de los 15 días anteriores, incluyendo los que iniciaron los síntomas antes de estos 15 días.

En cuanto a la definición de episodio depresivo se refiere a que el paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad de disfrute, interés y concentración esta disminuida y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza esta reducida y a menudo están presentes ideas de culpa e inutilidad. Esto puede acompañarse de síntomas somáticos como: enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de peso, pérdida de apetito y disminución de la libido¹⁸

Variables Individuales

- Edad: se consideró a la población adulta, mayor o igual a 18 años, formando 4 grupos : 18-24 años , 25- 44 años, 45 a 64 años y mayores de 65
- Sexo: masculino y femenino
- Lugar de Nacimiento : Lima u otras provincias
- Lengua Materna: castellano u otros (quechua , aymará y otros)
- Estado Civil: conviviente, casado, separado, divorciado y viudo
- Estabilidad laboral: trabajo permanente o temporal
- Ingreso Mensual Neto: menos de 600 o 600 a más
- Nivel educativo: primaria, secundaria , bachillerato , superior no universitario y no universitario
- Religión : católica o evangélica y otras

Variables Familiares: se consideraron al soporte familiar, le tensión por problemas personales o familiares y la cohesión familiar. Fueron evaluadas en base a las preguntas del cuestionario categorizándolas según frecuencia.

- La variable soporte familiar se analizó haciendo las siguientes preguntas: ¿Siente Ud. que puede contar con su familia cuando tiene problemas?, ¿Conversa con su familia sobre sus aspectos personales?, ¿Toman en cuenta su opinión en las decisiones importantes?, ¿Su familia muestra interés por sus sentimientos y afectos?, ¿Siente que su familia lo toma en cuenta?, todas categorizadas en nunca, rara vez, ocasionalmente, frecuente y muy frecuente.
- La variable tensión por problemas personales o familiares, se analizó haciendo las siguientes preguntas: ¿Qué tanta tensión o problemas le producen su trabajo o estudios?, ¿Qué tanta tensión o problemas le producen sus hijos u otros parientes?, ¿Qué tanta tensión o problemas le producen su pareja?, ¿Qué tanta tensión o problemas le producen el dinero?, ¿Qué tanta tensión o problemas le producen la salud?; todas categorizadas en nada, poco, regular y mucho.
- La variable cohesión familiar se analizó haciendo las siguientes preguntas: ¿Cuánto le importaría si Ud. hiciera algo que avergonzaría a su familia?,

¿Qué tanto siente que lo respetan?, ¿Qué tanto siente que le apoyan unos a otros?, ¿Cuán orgulloso se siente de ella?, ¿Qué tanto siente que sus valores y principios son parecidos a los de su familia?; todas categorizadas en nada, poco, regular y mucho.

4.5 PROCEDIMIENTO Y TÉCNICA

Mediante recolección intencional (entrevistas) con la población de estudio

4.6 INSTRUMENTO

Cuestionario de Salud Mental de Adultos de Lima Metropolitana y Callao realizada por el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi.

4.7 CONSIDERACIONES ETICAS

Después de una explicación de los objetivos del estudio, aquellas personas que aceptaban la entrevista firmaban un consentimiento informado por el cual aceptaban responder al cuestionario. Las personas encargadas de la entrevista fueron psicólogos, con experiencia en encuestas, entrenados por el autor y el equipo de investigadores del IESM en el llenado de los cuestionarios. Además, se contó con todos los elementos de supervisión de campo necesarios para este tipo de encuestas.

4.8 PROCESAMIENTO Y ANALISIS

Teniendo como dato base, a partir de la encuesta realizada por el INSM Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, la prevalencia actual de la depresión se realizará el análisis bivariado entre ella y las variables individuales y familiares.

Luego la estadística inferencial mediante el análisis de regresión logística múltiple entre las variables significativas.

Se utilizará el programa estadístico SPSS Versión 13.0.

5. RESULTADOS

Tabla N° 1: Prevalencia actual del episodio depresivo según variables individuales

Variables Individuales	Prevalencia actual de Episodio Depresivo				OR	(IC AL 95%)
	Si		No			
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	37	3,0	798	97,0	1,00	
Femenino	133	10,1	1099	89,9	3,69	(2,42 - 5,63)
Edad						
Entre 18 y 24 años	21	3,8	357	96,2	0,53	(0,26 - 1,10)
Entre 25 y 44 años	92	6,6	998	93,4	0,94	(0,51 - 1,73)
Entre 45 y 64 años	44	9,4	406	90,6	1,38	(0,72 - 2,64)
Mayor a 64 años	13	6,9	136	93,1	1,00	
¿Cuál es su lengua materna						
Castellano	139	5,8	1693	94,2	1,00	
Quechua, Aymara u otro	31	14,1	203	85,9	2,66	(1,70 - 4,14)
Estado civil						
Conviviente y casado	99	7,2	1143	92,8	2,89	(1,78 - 4,68)
Separado, divorciado y viudo	50	16,1	247	83,9	7,13	(4,19 - 12,12)
Soltero	21	2,6	503	97,4	1,00	
Ingresos						
Menos de 600 soles	76	7,5	730	92,5	2,81	(1,63 - 4,83)
Más de 600 soles	23	2,8	511	97,2	1,00	
Nivel Educativo						
Primaria, secundaria y Bachillerato	135	9,3	1048	90,7	3,65	(2,31 - 5,78)
Sup. Univ.y Sup. No Univ.	31	2,7	823	97,3	1,00	

La muestra de adultos sobre la cual se realizó el estudio fue de 2067 adultos de Lima Metropolitana y Callao en año 2002. El 59.6% son de sexo femenino. La edad promedio de los individuos fue de 38.32 años. La prevalencia de episodio depresivo actual estimada fue de 6,6 %.

El género femenino presenta 3.7 veces el riesgo de presentar episodio depresivo en comparación a los varones. Los que hablan quechua o aymara presentan 2.7 veces el riesgo de presentar episodio depresivo en comparación a los que hablan castellano, los separados, divorciados o viudos presentan 7.1 veces el riesgo de presentar episodio depresivo en comparación a los solteros, los que ganan menos de 600 soles presenta 2.8 veces el riesgo de presentar episodio depresivo en comparación a los que ganan más de 600 soles y los que tienen estudio primarios, secundarios o bachillerato presentan 3.6 veces el riesgo de presentar episodio depresivo en comparación a los que tuvieron estudios superiores.

Tabla N° 2 Prevalencia actual del episodio depresivo según variables familiares

Variables Familiares	Prevalencia actual de Episodio Depresivo				OR	(IC AL 95%)
	Si		No			
	n	%	n	%		
Soporte Familiar						
Nunca	24	13,9	54	2,7	7,26	(4,29 - 12,28)
Rara vez y ocasionalmente	54	32,0	411	21,4	2,10	(1,47 - 2,99)
Frecuente y muy frecuente	91	54,0	1414	75,9	1,00	
Tensión por problemas personales y familiares						
Nada	13	7,9	395	21,6	1,00	
Poco y regular	111	65,3	994	54,0	3,03	(1,61 - 5,71)
Mucho	44	26,9	472	24,4	0,91	(0,63 - 1,31)
Cohesión Familiar						
Nada	10	5,2	11	0,4	17,52	(7,29 - 42,12)
Poco y regular	40	26,0	156	8,2	4,22	(2,84 - 6,26)
Mucho	115	68,8	1711	91,4	1,00	

Cuando se observa la Tabla 2 se encuentra que los que nunca recibieron soporte familiar presentan 7.3 veces el riesgo de presentar episodio depresivo en comparación a los que frecuente y muy frecuente recibieron este soporte, los que tuvieron poca y regular tensión por problemas personales y familiares presentan 3 veces el riesgo de presentar episodio depresivo en comparación a lo que recibieron nada de tensión por dichos problema, los que recibieron nada de cohesión familiar presenta 17,5 veces el riesgo de presentar episodio depresivo en comparación a los que recibieron mucha cohesión.

Tabla N° 3 Factores asociados a la prevalencia actual del episodio depresivo en adultos de Lima Metropolitana y Callao 2002

Factores	Total	Prevalencia Actual de Episodio Depresivo				OR	(IC AL 95%)
		Si		No			
		n	%	n	%		
Sexo							
Masculino	835	37	3,0	798	97,0	1,00	
Femenino	1232	133	10,1	1099	89,9	3,54	(2,19 - 5,71)
Edad							
Entre 18 y 24 años	378	21	3,8	357	96,2	1,00	
Entre 25 y 44 años	1090	92	6,6	998	93,4	2,20	(1,16 - 4,18)
Entre 45 y 64 años	450	44	9,4	406	90,6	3,10	(1,51 - 6,35)
Mayor a 65 años	149	13	6,9	136	93,1	2,50	(0,98 - 6,36)
Nivel Educativo							
Primaria, secundaria y Bachillerato	1183	135	9,3	1048	90,7	3,00	(1,88 - 4,80)
Sup. Univ. y Sup. No Univ.	854	31	2,7	823	97,3	1,00	
Soporte Familiar							
Nunca	78	24	30,8	54	69,2	2,73	(1,17 - 6,36)
Rara vez y ocasionalment	465	54	11,6	411	88,4	1,54	(0,96 - 2,46)
Frecuente y muy frecuente	1505	91	6,1	1414	93,9	1,00	
Tensión por problemas Personales y Familiares							
Nada	408	13	3,2	395	96,8	1,00	
Poco y regular	1105	111	10,1	994	89,9	4,08	(1,91 - 8,70)
Mucho	516	44	8,5	472	91,5	3,90	(1,75 - 8,70)
Cohesión Familiar							
Nada	21	10	47,6	11	52,4	10,58	(2,75 - 40,67)
Poco y regular	196	40	20,4	156	79,6	3,10	(1,64 - 5,54)
Mucho	1826	115	6,3	1711	93,7	1,00	

Con la finalidad de evaluar conjuntamente la relación entre el episodio depresivo actual y los factores demográficos, familiares, e individuales se ajustó un modelo de regresión logística múltiple para muestras complejas, cuyos resultados se muestran en la tabla 3. Las variables familiares permanecen siendo significativas, pero en lo que respecta a las variables individuales se mantienen significativos el sexo y el nivel educativo incorporándose la edad.

El sexo femenino tiene 3,5 veces el riesgo de presentar episodio depresivo en comparación a los hombres. En cuanto a la edad observamos que la posibilidad de presentar episodio depresivo va aumentando con la edad años, así, las personas entre 45 y 64 años presentan 3,1 veces el riesgo de presentar episodio depresivo en comparación a los que tienen entre 18 y 24 años, los que estudiaron primaria, secundaria o bachillerato presentan 3.0 veces el riesgo de presentar episodio depresivo en comparación a los que tuvieron estudios superiores. Los que nunca tuvieron soporte familiar presentan 2,7 veces el riesgo de presentar episodio depresivo en comparación a los que lo recibieron frecuente y muy frecuente. Los que tuvieron poca y regular tensión por problemas personales y familiares

presentan 4,1 veces el riesgo de presentar episodio depresivo en comparación a los que tuvieron nada de tensión. Finalmente, se observa que los que presentan nada de cohesión familiar presentan 10,58 veces el riesgo de presentar episodio depresivo comparado con los individuos que tienen mucha cohesión familiar.

6. DISCUSION

En el análisis bivariado los resultados de estudio muestran una relación significativa entre las variables individuales: sexo, lengua materna, estado civil, ingreso mensual y nivel educativo con el episodio depresivo.

En la evaluación de las variables individuales: edad, lugar de nacimiento, estabilidad laboral y religión no se encontró relación significativa con el episodio depresivo, por lo que no se creyó conveniente mostrarlos en el trabajo.

En cuanto a la variable edad este resultado difiere de lo que refieren estudios donde se mencionan la edad reproductiva de la mujer esta mas asociada a la presencia del episodio depresivo^{16,19}.

La variable estabilidad laboral en otros estudios si esta relacionada significativamente con el episodio depresivo^{1,8,19} esto podría deberse a la importancia que le dan al trabajo las diversas culturas y países^{12,13,15,19}.

En el análisis bivariado y multivariado de las variables familiares se recategorizó la manera de medirlas pues en la evaluación de los factores familiares al tener de 4- 5 categorías y evaluarlas una a una se observó que el número de personas afectadas no difería mucho entre las categorías rara vez y ocasional, así como entre poco y regular por lo que se decidió recategorizarlas en una sola en ambos casos, quedándonos con tres categoría a evaluar.

En los estudios revisados^{3,8,9,12,14,19} se observa que estas variables se evalúan sólo en dos categorías (por ejemplo tener apoyo familiar o no) pero en nuestro estudio, decidimos no hacerlo así porque el número de personas afectadas en esas categoría tendría valores muy extremos.

Luego de esto en el análisis bivariado de las variables familiares: se encontró que todas tenían relación estadísticamente significativa con el episodio depresivo.

Al realizar el análisis multivariado se encontró que las variables sexo y nivel educativo persistieron siendo significativas adicionándose a ellas la variable edad la cual es mencionada en otros estudios como se mencionó antes.

En cuanto a la presencia de episodios depresivos en mujeres se encontró un riesgo de 1,7 de presentar depresión con respecto a los hombres lo que es consistente con estudios realizados por Peñuela et. al⁹ y Gómez Restrepo et. al⁸ ambos en Colombia que encuentran que la mujer tiene 1,19 y 2 veces mas riesgo de presentar depresión que los varones respectivamente. Al evaluar el nivel educativo en nuestro estudio se encontró que los que no tenían estudios superiores tenían un riesgo de 3 veces mas de presentar depresión que quienes no los tenían, éste resultado se asemeja al estudio hecho por Li-Ching et.al¹⁹ que encuentra un riesgo de 1,78 veces mas para tener depresión cuando se había llegado a estudios secundarios o menos. En las variables familiares, encontramos algunas semejanzas puesto que la categorización fue diferente, observándose por ejemplo que Peñuela et. al⁹ encuentra que la función familiar buena es un factor protector (OR: 0,43) para la depresión con respecto a la función familiar disfuncional. En cuanto al soporte familiar encontramos que hay 2,7 veces mas posibilidad de presentar episodio depresivo, cifra que es muy parecida a la que encontró Li-Ching et al¹⁹ al evaluar el soporte social encontrando que las personas que no lo tienen, van a tener 3,57 veces mas posibilidad de presentar depresión. Si bien en nuestro estudio evaluamos sólo el soporte familiar, podemos considerar semejanzas en el sentido que cuando este autor entrevista incluye a cualquier persona que de apoyo, sin excluir los familiares.

También vemos que las personas que se preocupan por problemas personales o familiares tienen aproximadamente 4 veces mas posibilidad de presentar episodio depresivo, relación que nos parece clara pero en el momento no hemos encontrado estudios que describan esta relación como lo hemos hecho. En cuanto a la cohesión familiar se encontró que las personas que no tenían cohesión familiar tenían un riesgo 10 veces mayor de presentar episodio depresivo , cifra bastante alta que tampoco la podemos comparar pues tampoco se ha encontrado estudios que describan esta relación exactamente, sin embargo el estudio hecho por Peñuela et al⁹ hecho en Colombia nos da una idea de esta relación ya que ella hace una evaluación de la función familiar que incluye parte de lo que nosotros hemos

evaluado en las variables familiares, encontrando que aquellos que tienen buena función familiar tienen menos riesgo de presentar episodio depresivo.

Las limitaciones que encontramos en este estudio son por el modelo que se ha seguido al hacerlo, es decir al ser transversal no podemos hablar de factores de riesgo, sino de factores asociados y, al ser obtenidos los datos de fuentes secundarias las variables ya están operacionalizadas y las definiciones hechas se mantienen, así mismo al tomarse los datos de un estudio epidemiológico no se puede hacer diagnósticos clínicos sino mas bien estos datos nos sirvieron para realizar un tamizaje de la población acerca de los problemas mentales por los que pudo estar atravesando dicha población.

7. CONCLUSIONES

De todo lo mencionado podemos concluir que el episodio depresivo está asociado a las variables individuales y familiares en Lima Metropolitana y Callao lo cual coincide con los estudios revisados hechos en diferentes partes del mundo y que las variables sexo, estado civil, nivel educativo así como las variables familiares mantienen su relación significativa con el episodio depresivo en todos los análisis.

8. RECOMENDACIONES

Podemos recomendar realizar más estudios dentro de nuestro país para poder ver si las variables continúan manteniendo esa relación y así tener una idea global de lo que pasa en el país con el problema de la depresión, para poder compararlos y que todos ellos permitan crear futuros programas de promoción y prevención en nuestro país para disminuir la frecuencia de la depresión.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Murray, C.JL. Lopez, AD. y col.** The Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Crambridge, MA: Harvard University Press, 1996.
2. **Kessler, R. Berglund, P. Delmenr, O y col.** The epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA. 2003, Vol 289, N° 23, pág 3095-3105.
3. **Hudson, Christopher G.** Socioeconomic Status and Mental Illness: Test of the social Causation and Selection Hypotheses. American Journal of Orthopsychiatry. 2005, Vol 75, N° 1, pág. 3-18.
4. **Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi.** Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. Vol. XVII. N° 1 y 2
5. **Bromberger, JT.** A psychosocial understanding of depression in women: for the primary care physician. Journal American Medicine Womens Association. 2004, Vol 59, N° 3, pág. 198-206
6. **Serfaty, Edith. Andrade, Jorge, D'Aquila.** Depresión Grave y factores de riesgo en varones de la ciudad de Buenos Aires (1991). Publicado en ALCMEON 12. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica.
7. **Orozco, Adriana. Osio, Luís. Olivares, Carolina.** Factores asociados a la depresión mayor en adolescentes y adultos del ámbito universitario privado de Barranquilla, 2002. Artículo encontrado en Internet. Proyecto UNI- Barranquilla
8. **Gomez-Restrepo, Carlos. Bohórquez, Adriana, Pinto, Diana.** The Prevalence of and factors associated with depression in Colombia. Revista Panamericana de salud pública. 2004, Vol. 16, N°, pág. 378-386.

9. **Peñuela, Martha. Baquero, Ingrid. Amador, Claudia Castillo, Edgar Daza, Jaime.** Factores de riesgo asociados a la depresión en pacientes de la consulta dermatológica en dos hospitales de la ciudad de Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte, Barranquilla.2004. Vol 18, pág 20-29
10. **Franchi, Silvia.** Depresión y discordia marital. Fuente :Interpsiquis.2005
11. **Beatson, Josephine. Taryan, Susana.** Predisposition to depression: the role of attachment. Australian & New Zealand of Psychiatry. 2003, Vol. 37. N° 2, pág. 219-225
12. **Husain, Nusrat. Gater, Richard. Tomenson, Barbara** Social factors associated with chronic depression among a population-based sample of women in rural Pakistan. Soc.Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004,Vol 39,pág. 618-624.
13. **Bjelland, Ingvar. Krokstad,Steinar. Mykletun, Arnstein. A Dahl,Alv.** Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT Study. Social Science & Medicine. Oxford: Mar 2008, Vol 66, N°6, pág. 1334.
14. **Shaw,Benjamín. Krause,Neal. Chatters,Linda. Connell, Cathleen. Ingersoll-Dayton,Vertí.** Emocional Support From Parents Early in Life, Aging, and Health. Psychology and Aging, 2004, Vol 19, N° 1, pág. 4-12
15. **Mendoza,M. Saavedra,C. Arevalo,M. Cortez,E.** Diagnóstico Situacional de la Salud Mental en el distrito de Independencia. Lima - Perú. 2000. Monografías de Investigación N° 8. INSM Honorio Delgado - Hideyo Noguchi
16. **Sogi, Cecilia.** Aporte de la Epidemiología a la nosología de la depresión. Lima- Perú 1997. Monografías de Investigación N° 5. INSM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi

17. **Vicente, B. Rioseco, P. Valdivia, S. Kohn, R. Torres S.** Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). Rev Med Chile. 2002, Vol 130, N° 5, pág 27-36.

18. **Weissman, Myrna. Wickramaratne, Priya. Nomura, Yoko.et al.** Familias con elevado y bajo riesgo para la Depresión. Archives of General Psychiatry. 2005, Vol 62, N° 1, pág 29 – 36

19. **Lee, Li-Ching. Casanueva, Cecilia. Martín, Sandra.** Depression among Female Family Planning Patients: Prevalence, Risk Factors, and Use of Mental Health Services. Journal of Women`s Health.2005, Vol 14, N° 3 , pág 225-232

20. **Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. CIE- 10.** Publicado por la OMS. 1º edición. Editorial Médica Panamericana

21. **Sadock, Benjamín J. M.D.Sadock, Virginia A.M.D.** Comprehensive textbook of psychiatry. 8º Edición. Editorial Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. USA. 2005.